

Construção e validação de indicadores para avaliação da implantação do método canguru utilizando técnica Delphi

Construction and validation of indicators to evaluate the implementation of the kangaroo method using the Delphi technique

Construcción y validación de indicadores para evaluar la implementación del método canguru utilizando la técnica Delphi

Joice Luiza Alves Cândido¹

ORCID: 0000-0002-7666-2372

Paulo Germano de Frias²

ORCID: 0000-0003-4497-8898

Silvia Wanick Sarinho¹

ORCID: 0000-0002-2556-3323

¹Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

²Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, Pernambuco, Brasil.

Autor correspondente:
Joice Luiza Alves Cândido
E-mail: joyce_candido@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Apresentar o processo de validação de uma matriz de indicadores para avaliação da implantação da segunda e terceira etapas do Método Canguru (MC) em duas maternidades de referência e na atenção básica em Recife. **Métodos:** O processo de construção e validação seguiu quatro passos: (1) elaboração do modelo lógico da segunda e terceira etapas do MC; (2) composição da matriz de indicadores preliminar; (3) seleção de especialistas, envio de indicadores a esse grupo para análise utilizando a Técnica Delphi; (4) consolidação dos resultados e envio aos especialistas para segunda consulta e análise final. Adotou-se um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) igual ou superior a 80% para estabelecer a concordância. **Resultados:** O modelo lógico foi composto de componentes para segunda e terceira etapas do MC, com os subcomponentes Educação e Assistencial, e um componente para a interface das duas etapas, com o subcomponente Gestão. Dos 110 itens apresentados, dois não apresentaram consenso na primeira rodada e três sugestões de alteração foram feitas. Cinco novos indicadores foram incluídos, totalizando ao final 113 indicadores. **Conclusão:** O uso da técnica Delphi possibilitou ampliar o consenso e validar a matriz de indicadores do MC na perspectiva de especialistas envolvidos com a estratégia.

Descritores: Método Canguru; Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa; Técnica Delfos; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Estudo de Validação.

O que se sabe?

O Método Canguru é uma política pública efetiva e bem estabelecida, entretanto com implantação insuficiente e avaliações focadas sobretudo nas maternidades e referente à segunda etapa.

O que o estudo adiciona?

A explicitação do modelo lógico do Método Canguru expressou o caminho para o alcance dos resultados e a técnica Delphi possibilitou estabelecer consensos entre especialistas sobre indicadores recomendados para avaliação.



Como citar este artigo: Cândido JLA, Frias PG, Sarinho SW. Construção e validação de indicadores para avaliação da implantação do método canguru utilizando técnica Delphi. Rev. enferm. UFPI. [internet] 2023 [citado em: dia mês abreviado ano]; 12:e4435. DOI: 10.26694/reufpi.v12i1.4435

Abstract

Objective: To present the validation process of a matrix of indicators to evaluate the implementation of the second and third stages of the Kangaroo Method (KM) in two reference maternity hospitals and in primary care in Recife. **Methods:** The construction and validation process followed four stages: (1) elaboration of the logical model of the 2nd and 3rd stage of the KM; (2) composition of the preliminary indicator matrix; (3) selection of experts, sending indicators to this group for analysis using the Delphi Technique; (4) consolidation of results and sending to experts for second consultation and final analysis. A Content Validity Index (CVI) equal to or greater than 80% was adopted to establish agreement. **Results:** The logical model was composed of components for the 2nd and 3rd stages of the KM, with the Education and Care subcomponents, and a component for the interface of the two stages, with the Management subcomponent. Of the 110 items presented, two did not present consensus in the first round and three suggestions for changes were made. Five new indicators were included, totaling 113 indicators at the end. **Conclusion:** The use of the Delphi technique made it possible to expand the consensus and validate the KM indicator matrix from the perspective of experts involved with the strategy.

Descriptors: Kangaroo Method; Evaluation of Research Programs and Instruments; Delphi Technique; Research on Health Services. Validation Study.

Resumen

Objetivo: presentar el proceso de validación de una matriz de indicadores para evaluar la implementación de la segunda y tercera etapa del Método Madre Canguro (MC) en dos maternidades de referencia y atención primaria en Recife. **Métodos:** el proceso de construcción y validación siguió cuatro pasos: (1) elaboración del modelo lógico de la 2ª y 3ª etapa del MC; (2) composición de la matriz de indicadores preliminar; (3) selección de especialistas, enviando indicadores a este grupo para su análisis mediante la Técnica Delphi; (4) consolidación de resultados y envío a especialistas para una segunda consulta y análisis final. Para establecer la concordancia se adoptó un Índice de Validez de Contenido (IVC) igual o superior al 80%. **Resultados:** el modelo lógico estuvo compuesto por componentes para la 2ª y 3ª etapa del MC, con los subcomponentes de Educación y Asistencia, y un componente para la interfaz de las dos etapas, con el subcomponente de Gestión. De los 110 ítems presentados, dos no alcanzaron consenso en la primera ronda y se hicieron tres sugerencias de cambios. Se incluyeron cinco nuevos indicadores, totalizando al final 113 indicadores. **Conclusión:** El uso de la técnica Delphi permitió ampliar el consenso y validar la matriz de indicadores de MC desde la perspectiva de los expertos involucrados con la estrategia.

Descriptorios: Método Canguro; Evaluación de Programas e Instrumentos de Investigación; Técnica Delphi; Investigación sobre Servicios de Salud. Estudio de Validación.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Método Canguru (MC) é uma política de saúde composta de ações integradas, voltadas para a qualificação do cuidado ao recém-nascido (RN) e sua família. Caracteriza-se pelo contato pele a pele precoce, ao manter o RN, somente de fraldas, na posição vertical junto ao peito dos pais guardando o tempo mínimo necessário para estabilizar o neonato e o máximo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente.⁽¹⁻³⁾

É realizado em três etapas: a primeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo); a segunda na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa); e a terceira após a alta hospitalar. Nesta, o acompanhamento acontece com a parceria da maternidade de origem e a Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo por objetivo acompanhar as primeiras semanas da criança, em sua residência, até que ela atinja 2.500g.^(1,3-4)

O MC requer um plano de trabalho de longo prazo, que envolva a capacitação das equipes multiprofissionais, sensibilização dos gestores hospitalares, monitoramento das práticas e apoio contínuo às equipes, integração com as UBS, além de mecanismos que viabilizem a participação efetiva das famílias.⁽³⁻⁴⁾

Um dos desafios do método é a efetiva implantação de um modelo adequado de atenção integral para o seguimento dos RN egressos de unidades neonatais. Há a necessidade de qualificar as equipes do país para que elas se sintam seguras ao acolher e acompanhar essas crianças, utilizando o MC, de forma compartilhada entre a atenção básica e a equipe multiprofissional da maternidade de nascimento do bebê.^(3,5)

O insuficiente conhecimento sobre o nível de implantação do MC no Sistema de Saúde contribui para sua não efetivação em plenitude. Para o aperfeiçoamento do MC, considerando a sua base normativa e legal, é requerida a identificação das potencialidades e fragilidades decorrentes de implantações parciais e suas repercussões nos efeitos alcançados. Por isso, o monitoramento e a avaliação são instrumentos que favorecem escolhas de ações e estratégias essenciais e efetivas para a implantação plena das intervenções ao apontar obstáculos que restringem a possibilidade de obtenção de melhores resultados.⁽⁶⁾ Para tanto, o

juízo implicado nas avaliações necessita de indicadores válidos, critérios e padrões explícitos e aceitos pelos interessados, independentemente se gestores, trabalhadores e usuários.⁽⁷⁾ Entretanto, nem sempre a definição desses indicadores e critérios para emitir juízo de valor é trivial.

Em algumas situações, para a produção de critérios ou indicadores de avaliação, utilizam-se técnicas de consenso, em particular, quando não existe a unanimidade de opinião em virtude da inexistência de dados históricos, necessidade de abordagem interdisciplinar e perspectivas de mudanças estruturais no setor.⁽⁷⁻¹⁰⁾ Essas técnicas, adicionalmente, são úteis para desvendar um aspecto ético, social ou cultural, ou ainda tomar decisões políticas ou técnico-científicas em uma área do conhecimento que viabilize a validação da confiabilidade da informação, por meio de análise subjetiva, oriunda de profissionais ou especialistas.⁽¹⁰⁾

Este artigo buscou apresentar o processo de validação de uma matriz de indicadores para avaliação da implantação da segunda e terceira etapas do MC em duas maternidades de referência e na atenção básica na cidade de Recife.

MÉTODOS

A construção e a validação dos indicadores seguiram os seguintes passos: (1) elaboração do modelo lógico da segunda e terceira etapas do MC; (2) composição da matriz de indicadores preliminar a partir do modelo lógico; (3) seleção de especialistas em todas as regiões do Brasil, envio de indicadores a esse grupo para análise utilizando a Técnica Delphi; (4) consolidação dos resultados do passo anterior e envio aos especialistas para segunda consulta e análise final.

Inicialmente, elaborou-se um modelo lógico da segunda e terceira etapas do MC a partir de consultas aos documentos institucionais e normas técnicas que tratam do Método Canguru e Atenção ao neonato de baixo peso. Foram eles: Portaria GM/MS nº 1683, de 12 de julho de 2007, que Aprova as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru; Portaria SAS/MS nº 930/2012 - Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e os manuais do Método Canguru - Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica (2015), Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: Cuidado Compartilhado (2016), Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico (2017), Manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica (2018) e Método canguru: diretrizes do cuidado (2019). Planos e leis estaduais e municipais não foram incluídos, pois estabelecem estratégias locais para a aplicação de políticas.

A construção do Modelo Lógico utilizou a tríade donabediana com indicadores representativos das dimensões de estrutura, processo e resultado. A estrutura descreve os recursos físicos, equipamentos e/ou materiais relativos aos cuidados prestados, incluindo recursos humanos; o processo; as atividades desenvolvidas por todos os atores envolvidos na assistência; e o resultado se refere aos efeitos obtidos no cuidado em saúde.⁽¹¹⁾

No segundo passo, para cada componente do modelo lógico foram estabelecidos indicadores para compor uma matriz preliminar agrupados nas dimensões estrutura, processo e resultado. Esta continha 110 indicadores, distribuídos nos três componentes do MC: 2ª etapa (44 indicadores); Integração 2ª etapa (UCINCa) + 3ª etapa (Ambulatório de egresso + Atenção básica-AB) (15 indicadores) e 3ª etapa (51 indicadores).

O terceiro passo constituiu-se da primeira rodada do Método Delphi, técnica de consenso escolhida em que especialistas, também chamados de *experts*, peritos, painelistas ou juízes, responderam a um questionário semiestruturado, por meio de rodadas e de forma anônima entre o grupo.⁽¹⁰⁾ Optou-se pela técnica Delphi modificada, sendo a primeira rodada consistida no julgamento direto dos itens do instrumento avaliativo.⁽¹²⁾ O uso dessa estratégia visou um menor tempo na aplicação do questionário, garantir que os especialistas partissem de uma base comum e se prestassem mais facilmente à análise e interpretação estatística. Para minimizar vieses, devido a uma provável limitação dos tópicos discutidos e influência direta nas respostas, uma busca da literatura e a inserção de espaços destinados a comentários abertos foram utilizadas.

Para a seleção dos especialistas, utilizou-se a técnica de amostragem intencional, a partir de uma rede de informantes-chave, e se buscou garantir a heterogeneidade dos participantes. Priorizou-se a diversidade de experiências profissionais, gestores, prestadores de diferentes formas de atendimento e

acadêmicos, das diversas regiões do Brasil. O critério de inclusão para a seleção dos especialistas foi a *expertise* no MC (que utiliza equipe multidisciplinar), sendo convidados profissionais e acadêmicos de diferentes formações na área de saúde e estados do país que atuavam na gestão pública, AB e atenção hospitalar. O tamanho amostral levou em consideração os achados na literatura referentes ao número de participantes necessário para a realização da técnica^(7,12-14) e as taxas de abstenção.^(7,9,10,14) Os convites para contribuir na técnica de consenso foram encaminhados por contato eletrônico e concedido um prazo de sete dias para resposta.

Para os especialistas que aceitaram o convite, garantiu-se o seu anonimato e encaminhou-se, por correio eletrônico, em mensagem individual, um guia com instruções técnicas para participar da técnica de consenso e os procedimentos que seriam adotados. O guia, elaborado pelos autores, continha o objetivo da pesquisa, o modelo lógico que embasou a construção preliminar da matriz de indicadores, além dos critérios para julgamento relacionados à relevância e à intensidade da importância dos indicadores no contexto do MC. Na mensagem, incluíram-se a base legal e os documentos que nortearam a elaboração do modelo lógico do MC e a matriz de indicadores. Nessa etapa, solicitou-se um prazo de resposta de 30 dias.

Para avaliar os indicadores quanto a sua relevância, a classificação de cada item incluiu as seguintes categorias: “essencial”, “necessário” ou “desnecessário; e para a intensidade da importância no contexto do MC, utilizou-se uma escala do tipo Likert de concordância, contendo cinco pontos: 1: sem importância; 2: pouco importante; 3: importância média; 4: importante; 5: muito importante. Também era possível a modificação dos indicadores ou acréscimo das observações que julgassem pertinentes.

Adotou-se o consenso ao se obter 80% de respostas no sentido de concordância, sendo 100% considerado como consenso perfeito.⁽¹⁵⁾ Para chegar ao valor da concordância, calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC): somaram-se as respostas “4” e “5” da escala Likert de cada juiz em cada item do questionário e dividiu-se essa soma pelo número total de respostas. O valor final foi multiplicado por 100 para se obter o valor percentual. Resultados de IVC inferior ao nível de consenso estabelecido sugeriram a revisão do item.⁽¹⁶⁾

Para o quarto passo, encaminhou-se uma nova Matriz com o acréscimo de itens sugeridos e solicitou-se a avaliação das mudanças realizadas e a reavaliação dos itens em que não se obteve consenso. Também foram apresentados os resultados das estatísticas obtidas no primeiro ciclo para acompanhamento dos resultados construídos, assim como permitir a cada participante rever sua argumentação diante de cada item.⁽¹⁷⁾ Para esse passo, solicitou-se a resposta em um prazo de 15 dias. A consulta aos especialistas se deu no período de dezembro de 2020 a março de 2021 e com duas rodadas se obteve o consenso.

Este artigo seguiu as recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa IMIP sob o CAAE nº 35017420.7.3002.5201.

RESULTADOS

O modelo lógico foi composto de componentes voltados para a segunda e terceira etapas do MC, com os subcomponentes Educação e Assistencial, e um componente voltado para a interface das duas etapas, com o subcomponente Gestão. Para cada componente, elencaram-se itens de estrutura, processo e resultado. Por meio do modelo lógico, orientou-se a escolha de indicadores e a parcela de contribuição nos resultados esperados (Quadro 1).

Quadro 1. Modelo lógico da segunda e terceira etapas do Método Canguru. Recife, Pernambuco, Brasil, 2021.

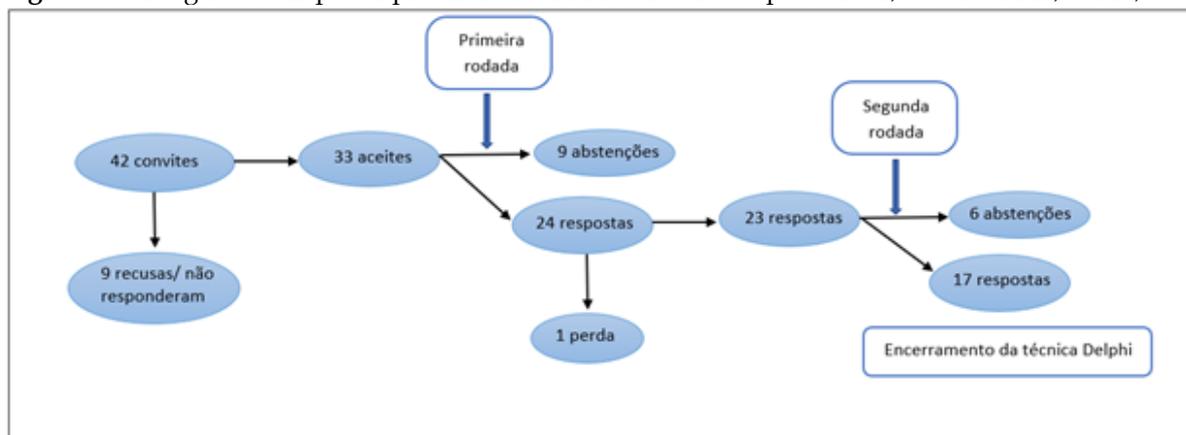
Componente	Subcomponente	Estrutura	Processos (Atividades)	Resultado intermediário	Impacto
2ª etapa do MC (UCINCa)	Educação	Recursos Humanos: médico; enfermeiro; fisioterapeuta; psicólogo; fonoaudiólogo; assistente social; técnico de enfermagem	Orientações aos pais/cuidadores: AM e complementação S/N; Realização da posição Canguru pelo máximo de tempo possível; Reconhecimento dos sinais de alerta; Seguimento após a alta hospitalar	Maior adesão aos cuidados preconizados pelo MC	Maior adesão ao MC Redução da morbidade e mortalidade durante a segunda e terceira etapas
	Assistencial	Recursos Físicos: espaço para reuniões, cursos ou atividades educativas; enfermaria com 5m ² para o conjunto leito/berço; sala de ambiência; pia para lavagem das mãos recursos materiais: leito para genitora; incubadora simples; berço de acrílico; ressuscitador manual; balança eletrônica; material para reanimação; relógio e calendário de parede; estetoscópio; termômetro; aspirador portátil; poltrona removível; incubadora de transporte; otoscópio; esfigmomanômetro; oftalmoscópio; conjunto de nebulizador e máscara; dispensador de álcool-gel	Exame físico e avaliação do C/D considerando a IG corrigida Exames (laboratoriais, USG transfontanela, teste da orelhinha, fundoscopia) Monitoramento das medicações prescritas Uso de estratégias para manejo da dor e do estresse Auxílio à mãe na amamentação e extração de leite, higiene do RN, troca de fraldas, banho e posicionamento da criança Estímulo à visita de familiares e da rede social de apoio Estímulo à participação do pai ou outra figura de referência da díade mãe-bebê Resumo de alta	Maior adesão ao aleitamento materno Fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê Promoção de um adequado acompanhamento do C/D Rede de apoio presente	
Integração 2ª etapa do MC (UCINCa) + 3ª etapa do MC (Ambulatório de egresso + AB)	Gestão	Recursos Humanos: Gestor Recursos Físicos: Sala Recursos Materiais: computador; acesso à internet; impressora; papel; caneta	Capacitação dos profissionais de saúde Comunicação da UCINCa com a SMS, SES, DS ou UBS dependendo da realidade local Referência e contra referência entre maternidade e UBS Existência de responsável clínico do seguimento Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados Oportunização da consulta de seguimento na terceira etapa	Profissionais capacitados para um atendimento adequado, integral e interdisciplinar Adesão à terceira etapa do método Aumento na captação de RNs internados no Canguru na UBS	

			Regulação da captação do neonato pela AB, do atendimento pelo NASF e especializado	
3ª etapa do MC (ambulatório de egresso + AB)	Educação	<p>Recursos Humanos: médico; enfermeiro; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; psicólogo; assistente social; técnico de enfermagem; Agente Comunitário de Saúde (ACS)</p> <p>Recursos Físicos: espaço para reuniões, cursos ou atividades educativas; consultório iluminado e ventilado; sala de espera; pia para lavagem das mãos</p> <p>Recursos Materiais: balança pesa-bebê; régua antropométrica; estetoscópio; otoscópio; termômetro; abaixador de língua; mesa com cadeiras para atendimento; mesa para exames; dispensador de álcool-gel</p>	Orientações aos pais/cuidadores: AM e complementação S/N; C/D; Realização da posição Canguru em casa; Vacinação; Uso de medicações; Reconhecimento dos sinais de alerta	Maior adesão aos cuidados preconizados pelo MC
	Assistencial		Exame físico e avaliação do C/D levando em conta a IG corrigida	<p>Maior adesão ao aleitamento materno</p> <p>Promoção de um adequado C/D</p> <p>Calendário vacinal completo e atualizado</p>
			Encaminhamentos a atendimento especializado	
			Monitoramento dos medicamentos prescritos	
			Identificação de situações de riscos biológicos e socioambientais	
			Agendamento de retorno	
			Vacinação e acompanhamento da situação vacinal da criança	
			Preenchimento da caderneta da criança	
			Agenda aberta para situações de emergência	
			Avaliação da rede de apoio e suporte à sua manutenção	
			Primeira consulta com médico ou enfermeiro da unidade neonatal de origem	
			Consulta compartilhada do NASF e a ESF	
			Visita domiciliar na 1ª semana após a alta da UCINCa	
Observação de situações de vulnerabilidade principalmente durante a visita domiciliar				
Consulta semanal até alta da terceira etapa do MC				

Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

O grupo de painelistas foi composto de enfermeiros (58,33%), médicos pediatras/neonatólogos (33,33%), fisioterapeuta (4,16%) e nutricionista (4,16%). Outros profissionais como fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional foram convidados, mas não responderam ao convite. A maior parte dos peritos era do sexo feminino (91,66%) e tinha formação no MC há pelo menos cinco anos (91,66%). Na Figura 1, apresenta-se o fluxograma da execução da técnica Delphi.

Figura 1. Fluxograma dos participantes e rodadas da técnica Delphi. Recife, Pernambuco, Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

Foram convidados 42 especialistas, nove se recusaram a participar ou não responderam ao convite. Ao final do prazo, como nem todos responderam, enviaram-se explicações sobre a importância da participação e concedido um prazo adicional de 15 dias. Ao término deste, outros participantes responderam. Do grupo inicial de 33 *experts*, 24 responderam (72,7%). Um dos questionários não foi completamente preenchido, sendo, então, descartado, totalizando 23 instrumentos respondidos. No quarto passo, um segundo instrumento de trabalho foi enviado 10 dias após o final do segundo prazo para os especialistas que responderam. Adotou-se um prazo adicional para o recebimento das respostas. Dos 23 instrumentos encaminhados, 17 foram devolvidos com as respostas (73,9%).

Dos 110 itens apresentados aos especialistas, dois não apresentaram consenso na primeira rodada e três tiveram sugestões de alteração para torná-los mais compreensíveis. Recomendou-se a inclusão de cinco novos indicadores. No Quadro 2, observam-se os indicadores e os respectivos níveis de consenso (NC) após a primeira rodada.

Os itens referentes à estrutura física: existência de local para secretaria e existência de balança tipo adulto, ambos componentes da terceira etapa do MC, não obtiveram consenso e seguiram para reavaliação na segunda rodada. Além disso, os painelistas sugeriram incluir os indicadores Existência de assistência nutricional e Existência de assistência psicológica/Terapia ocupacional na dimensão Estrutura e Proporção de analgésicos prescritos e prescrição de medidas não farmacológicas antidor na dimensão Processo, do componente da segunda etapa do MC. Quanto ao componente Integração 2ª etapa do MC (UCINCa) + 3ª etapa do MC (Ambulatório de egresso + AB), sugeriu-se a inclusão da Proporção da equipe que realizou o curso MC na dimensão Processo. Sugeriu-se a inclusão da Proporção de cadernetas preenchidas: dados de sala do parto; dados de crescimento e desenvolvimento (C/D) no componente 3ª etapa do MC.

Os juízes solicitaram que no indicador Existência de comunicação da UCINCa com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES), Distrito Sanitário (DS) ou Unidade Básica de Saúde (UBS), pertencente à dimensão Processo da 2ª etapa do MC (UCINCa) + 3ª etapa do MC (Ambulatório de egresso + AB), não se utilizassem, exclusivamente, as siglas para facilitar o entendimento, uma vez que, originalmente, era assim descrita. Solicitou-se a mudança de Existência de normas expostas para Existência de normas referentes ao MC expostas e que os materiais do indicador Existência de material de uso individual fossem detalhados.

Uma nova matriz contendo os itens que não apresentaram consenso e as alterações sugeridas foi encaminhada para a segunda rodada. Nesta, atingiu-se o mínimo de 80% de consenso em todos os novos indicadores e permaneceu sem consenso nos itens existência de local para secretaria e existência de balança tipo adulto com sugestão para a sua retirada. A técnica de consenso foi encerrada e a versão final da matriz ficou com 113 indicadores. No Quadro 3, encontram-se os indicadores apresentados na segunda rodada e seus valores de IVC.

Quadro 2. Matriz de indicadores e valores de Índice de Validade de Conteúdo (IVC) após a primeira rodada da Técnica Delphi. Recife, Pernambuco, Brasil, 2021.

Componente: 2ª etapa do Método Canguru						
Dimensão	Subcomponente	Critério	Indicador	IVC		
Estrutura	Recursos Humanos: profissionais segundo a norma		Existência de médico responsável técnico	95,66%		
			Razão de médicos diaristas por leito	91,33%		
			Razão de médicos existentes por turno por leito	82,60%		
			Existência de enfermeiro coordenador	100,00%		
			Razão de enfermeiros existentes por turno por leito	100,00%		
			Razão de fisioterapeutas existentes por turno por leito	81,81%		
			Existência de fonoaudiólogo	91,3%		
			Razão de técnicos de enfermagem por turno por leito	100,00%		
			Recursos Físicos: ambiente de acordo com a norma		Existência de enfermaria	100,00%
					Existência de sala de ambiência	86,36%
					Existência de pia para lavagem das mãos	100,00%
			Recursos Materiais: material que a unidade deve possuir		Proporção de leitos para genitora	100,00%
					Proporção de incubadoras por total de leitos	82,60%
					Proporção de berços de acrílico por total de leitos	100,00%
	Razão de ressuscitadores manuais por RN	95,65%				
	Existência de balança eletrônica	100,00%				
	Razão de materiais para reanimação por leito	95,65%				
	Razão de estetoscópios por leito	86,96%				
	Razão de termômetros por leito	95,66%				
	Razão de aspiradores portáteis por leito	91,3%				
Existência de relógio e calendário de parede	82,60%					
Razão de poltronas removíveis por leito	91,3%					
Existência de dispensador de álcool-gel	95,65%					
Materiais compartilhados com a UCINCo: - Existência de incubadora de transporte - Razão de otoscópio por leito - Razão de esfigmomanômetro por leito - Razão de oftalmoscópio por leito - Razão de conjunto de nebulizador e máscara por leito	90,90%					
Processo	Educação	Aleitamento materno	Proporção dos profissionais que orientam e incentivam pais e cuidadores a manter a criança em aleitamento materno	100,00%		
	Orientações aos pais e cuidadores quanto à(ao):	Aleitamento artificial	Proporção de profissionais que orientam pais e cuidadores quanto ao aleitamento artificial	81,81%		
		Realização da posição canguru	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto à realização da posição canguru pelo máximo de tempo possível	100,00%		

		Reconhecimento dos sinais de alerta	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores sobre o reconhecimento dos sinais de alerta	100,00%
		Seguimento após a alta	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto ao seguimento após a alta	100,00%
	Assistencial	Exame físico	Proporção dos profissionais que realizam o exame físico	95,65%
		Avaliação do C/D considerando a IG corrigida	Proporção dos profissionais que avaliam o C/D considerando a IG corrigida	95,45%
		Exames (laboratoriais, USG transfontanela, teste da orelhinha, fundoscopia)	Proporção dos profissionais que solicitam exames complementares	95,45%
		Medicamentos	Proporção dos profissionais que monitoram as medicações prescritas	95,45%
		Manejo da dor e do estresse	Proporção dos profissionais que utilizam estratégias para manejo da dor e do estresse durante os procedimentos	95,65%
		Auxílio à mãe na amamentação e extração de leite, higiene do RN, troca de fraldas, banho e posicionamento da criança	Proporção dos profissionais que auxiliam a mãe na amamentação e extração de leite Proporção dos profissionais que auxiliam a mãe na higiene do RN, troca de fraldas, banho e posicionamento da criança	95,45%
		Estímulo à visita de familiares e da rede social de apoio	Proporção dos profissionais que estimulam a visita de familiares e da rede social de apoio	91,31%
		Estímulo à participação do pai ou outra figura de referência	Proporção dos profissionais que estimulam a participação do pai ou outra figura de referência da díade mãe-bebê	86,36%
Resumo de alta	Proporção dos profissionais que preenchem o resumo de alta	95,65%		
Resultado	Educação	Maior adesão aos cuidados preconizados pelo MC	Proporção dos responsáveis que aderiram aos cuidados preconizados ao MC	95,65%
	Assistencial	Maior adesão ao aleitamento materno	Proporção das crianças que estão em aleitamento materno	95,65%
		Fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê	Proporção de mães que apresentam vínculo fortalecido com seus bebês	95,65%
		Promoção de um adequado acompanhamento do C/D	Proporção das crianças com acompanhamento do C/D	95,65%
Rede de apoio presente	Proporção de crianças com rede de apoio presente	91,3%		
Componente: Integração 2ª etapa do Método Canguru + 3ª etapa do Método Canguru				
Estrutura		Recursos humanos: gestor	Existência de gestor responsável	95,65%
		Recursos físicos: sala	Existência de sala	90,90%
		Recursos materiais: caneta; computador; acesso à internet; impressora; papel	Existência de materiais como computador, acesso à internet, impressora, papel e caneta	82,61%
Processo	Gestão	Capacitação dos profissionais de saúde	Existência de treinamentos ou cursos de capacitação quanto ao MC aos profissionais da equipe de saúde	100,00%
		Comunicação da UCINCa com a SMS, SES, DS ou UBS dependendo da realidade local	Existência de comunicação da UCINCa com a SMS, SES, DS ou UBS dependendo da realidade local	95,65%

		Referência e contrarreferência entre maternidade e UBS	Existência da referência e contrarreferência entre maternidade e UBS	95,65%
		Responsável clínico do seguimento	Existência de responsável clínico do seguimento	95,65%
		Objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados	Existência de objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos	95,45%
		Oportunização da consulta de seguimento na terceira etapa	Existência de oportunização da consulta de seguimento na 3ª etapa	95,65%
		Regulação da captação do neonato pela AB, do atendimento pelo NASF e especializado	Existência da regulação da captação do neonato pela AB, do atendimento pelo NASF e especializado	95,45%
Resultado	Gestão	Profissionais capacitados para um atendimento adequado, integral e interdisciplinar.	Proporção de profissionais capacitados para um atendimento adequado, integral e interdisciplinar	100,00%
		Adesão à terceira etapa do método	Proporção de RN informados à UBS sobre a alta da 2ª etapa do MC Proporção de RN que retornam para atendimento ambulatorial após a alta da 2ª etapa do MC	95,65%
		Aumento na captação de RNs internados no Canguru na UBS	Proporção dos RNs internados no Canguru captados pela AB	95,45%
Componente: 3ª etapa do Método Canguru				
Estrutura	Recursos Humanos: profissionais no segmento ambulatorial e na USF conforme a norma	Existência de médico	100,00%	
		Existência de enfermeiro	100,00%	
		Existência de técnico de enfermagem	95,65%	
		Existência de ACS	95,65%	
	Recursos Físicos: ambiente adequado para o ambulatório de egresso e USF	Existência de salas conforme a norma	91,3%	
		Existência de local para secretaria	63,63%	
		Existência de sala de espera	81,81%	
		Existência de pia para lavagem das mãos	100,00%	
	Recursos Materiais: material adequado para uso pelos profissionais do egresso e pelos profissionais da ESF	Razão de dispensadores de preparação alcoólica por sala	90,90%	
		Existência de prontuários padronizados, com resumos de alta	86,95%	
		Existência de normas expostas	81,81%	
		Existência de mesa para atendimento com cadeiras	95,45%	
		Existência de mesa para exame físico	95,65%	
		Existência de balança pesa-bebê	100,00%	
		Existência de régua antropométrica	100,00%	
Existência de balança tipo adulto	47,61%			
Existência de fita métrica de plástico	100,00%			
Existência de termômetro digital	86,95%			
Existência de abaixador de língua	82,61%			
Existência de oftalmoscópio	82,61%			

			Existência de estetoscópio	100,00%
			Existência de otoscópio	86,95%
			Existência de material de uso individual	94,73%
Processo	Educação	Aleitamento materno	Proporção dos profissionais que orientam e incentivam pais e cuidadores a manter a criança em aleitamento materno	95,65%
		Aleitamento artificial quando necessário	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto ao aleitamento artificial	82,61%
		Posição canguru no domicílio	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores a manterem posição canguru em domicílio até o RN atingir 2500g	95,65%
	Orientações aos pais e cuidadores quanto à(o):	Vacinação	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores sobre o calendário vacinal	95,65%
		Administração de medicações	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto à administração de medicações	95,65%
		Reconhecimento dos sinais de alerta	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores sobre o reconhecimento dos sinais de alerta	95,65%
		Exame físico (pesagem)	Proporção dos profissionais que pesam a criança durante exame físico	100,00%
	Assistencial	Exame físico (medida do comprimento)	Proporção dos profissionais que medem o comprimento da criança durante exame físico	100,00%
		Exame físico (medida do perímetro cefálico)	Proporção dos profissionais que medem o perímetro cefálico durante exame físico	100,00%
		Avaliação do C/D levando em conta a IG corrigida	Proporção dos profissionais que avaliam o C/D considerando a IG corrigida	100,00%
		Encaminhamentos a atendimento especializado	Proporção dos profissionais que encaminham RN para atendimento especializado S/N	95,45%
		Medicamentos	Proporção dos profissionais que monitoram os medicamentos prescritos	95,65%
		Identificação de situações de riscos biológicos	Proporção dos profissionais que avaliam riscos biológicos	95,65%
		Identificação de situações de riscos sócio/ambientais	Proporção dos profissionais que avaliam riscos sociais/ambientais	100,00%
		Agendamento de retorno	Proporção dos profissionais que realizam agendamento de retorno	100,00%
		Vacinação	Proporção dos profissionais que encaminham para vacinação e acompanham situação vacinal da criança	100,00%
		Preenchimento da caderneta da criança	Proporção dos profissionais que preenchem a caderneta da criança	95,65%
		Agenda aberta para situações de emergência	Existência de agenda aberta para situações de emergência	95,65%
		Avaliação da rede de apoio e suporte à sua manutenção	Proporção dos profissionais que avaliam rede de apoio e dão suporte à sua manutenção	86,95%
		Primeira consulta com médico ou enfermeiro da unidade neonatal de origem	Realização da primeira consulta de egresso pelo médico ou enfermeiro da unidade neonatal de origem na primeira semana após a alta hospitalar	95,65%

		Consulta compartilhada do NASF e a ESF	Realização de consulta compartilhada entre o NASF e a ESF	95,65%
		Visita domiciliar na primeira semana após a alta da UCINCa	Realização de visita domiciliar da ESF na primeira semana após a alta hospitalar	86,95%
		Consulta semanal até alta da terceira etapa do MC	Realização de consulta semanal até que a criança atinja o peso de 2500g	95,65%
		Observação de situações de vulnerabilidade, principalmente durante a visita domiciliar	Proporção dos profissionais que observam as situações de vulnerabilidade, principalmente durante a visita domiciliar	100,00%
Resultado	Educação	Maior adesão aos cuidados preconizados pelo MC	Proporção dos responsáveis que aderiram aos cuidados preconizados ao MC	95,65%
	Assistencial	Maior adesão ao aleitamento materno	Proporção das crianças que estão em aleitamento materno	100,00%
		Promoção de um adequado C/D	Proporção das crianças com adequado acompanhamento do C/D	95,65%
		Calendário vacinal completo e atualizado	Proporção das crianças com calendário vacinal completo e atualizado	95,65%

Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

Quadro 3. Matriz de indicadores e valores de Índice de Validade de Conteúdo (IVC) após segunda rodada da Técnica Delphi. Recife, Pernambuco, Brasil, 2021.

Componente: 2ª etapa do Método Canguru				
Dimensão	Subcomponente	Critério	Indicador	IVC
Estrutura		Recursos Humanos: profissionais segundo a norma	Existência de assistência nutricional	80,00%
			Existência de assistência psicológica/ TO	80,00%
Processo	Assistencial	Manejo da dor e do estresse	Proporção de analgésicos prescritos e prescrição de medidas não farmacológicas antidor	85,71%
Componente: 2ª etapa do Método Canguru + 3ª etapa do Método Canguru				
Processo	Gestão	Capacitação dos profissionais de saúde	Proporção da equipe que realizou o Curso MC	80,00%
		Comunicação da UCINCa com a SMS, SES, DS ou UBS dependendo da realidade local	Existência de comunicação da UCINCa com a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Distrito Sanitário ou Unidade Básica de Saúde dependendo da realidade local	95,65%
Componente: 3ª etapa do Método Canguru				
		Recursos Físicos: ambiente adequado para o ambulatório de egresso e USF	Existência de local para secretaria	63,63%
			Existência de normas referentes ao MC expostas	81,81%
		Recursos Materiais: material adequado para uso pelos profissionais do egresso e pelos profissionais da ESF	Existência de balança tipo adulto	47,61%
			Existência de material de uso individual (equipamentos de proteção individual, canetas...)	94,73%
Processo	Assistencial	Preenchimento da caderneta da criança	Proporção de cadernetas preenchidas: dados de sala de parto; dados de C/D	80,00%

Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

DISCUSSÃO

O Modelo lógico permitiu a explicitação da intervenção e o caminho para o alcance dos resultados esperados, orientando a escolha dos indicadores. A relação dos indicadores com o modelo lógico, além de favorecer a validade interna do estudo, contribuiu para a construção da matriz de indicadores preliminar.

Poucos são os estudos avaliativos em relação à implantação do MC e, em comum, esses estudos apontam deficiências na implantação.⁽¹⁷⁻²¹⁾ Destaca-se a dificuldade da implantação da terceira etapa do MC com foco no compartilhamento do cuidado pela atenção hospitalar e básica, onde geralmente esse cuidado é realizado prioritariamente pela atenção hospitalar com desconhecimento das famílias e profissionais sobre o papel da atenção básica no MC.⁽²¹⁻²³⁾

Diferentes delineamentos de pesquisa podem ser utilizados para essa avaliação. Os sujeitos da pesquisa podem ser os profissionais,⁽²⁰⁾ gestores⁽¹⁷⁾ ou usuários dos serviços de saúde,⁽²²⁾ de maneira isolada ou conjuntamente.^(18,21,23) Podem ainda ser realizadas observações *in loco*.⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ A abordagem pode ser qualitativa, com uso de roteiros semiestruturados;^(18,20,23) ou avaliações normativas à luz da tríade donabediana.^(17,19,21,22) Em comum, todas as pesquisas necessitam de instrumentos avaliativos em conformidade com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Nesse sentido, os modelos lógicos são ferramentas úteis para representar uma teoria subjacente a uma questão de pesquisa a fim de torná-la verificável, ao explicitar por meio de um esquema visual o modo pelo qual será implantado e quais são os resultados esperados.⁽²⁴⁾ Neste estudo, ele permitiu desenredar a segunda e terceira etapas do MC e a sua trilha até a obtenção dos resultados almejados, dirigindo a seleção de indicadores para os mais apropriados.

O uso do método Delphi contribuiu para o exame crítico e a validação dos indicadores elaborados preliminarmente e ajudou com a proposição de novos indicadores. Os especialistas analisaram criticamente os indicadores, de forma a avaliar a sua capacidade de mensurar as dimensões contidas em cada um dos componentes, aperfeiçoando a matriz final ao cumprir o objetivo do uso da técnica.^(7-10,12-13,15)

Algumas vantagens com a realização do método Delphi neste estudo são descritas na literatura. Entre elas, a preservação do anonimato dos painelistas minimizou a influência do *status* acadêmico ou profissional, favorecendo a participação ativa e menos enviesada; o baixo custo operacional; a padronização dos procedimentos, a inclusão de todos os respondentes e o *feedback* das respostas permitiram aos sujeitos redefinir seus julgamentos, a partir da visão coletiva do grupo.^(8,9,12-14) Além destas, possibilitou a participação de profissionais de diferentes regiões geográficas do país com a sua diversidade de experiências no ensino e implantação do MC.

A principal desvantagem foi a abstenção dos participantes (27,3% na primeira rodada e 26,1% na segunda) mesmo após a confirmação de intenção de participar. Os índices de abstenção foram similares aos relatados na literatura, 30% a 50% no primeiro ciclo e entre 20% a 30% no segundo.^(7,9,10,14) Outra dificuldade foi o não cumprimento dos prazos estabelecidos, sendo necessária a sua prorrogação com implicações no período de execução da técnica Delphi, associado à necessidade de estimular a conclusão das avaliações.

Participaram nas duas rodadas 17 profissionais. Estudos relatam que os tamanhos amostrais variam a depender do tópico investigado, complexidade do problema, abordagem selecionada, recursos disponíveis e variedade de conhecimentos necessários para validação.^(8-10,12,14) Em geral, 15 a 30 especialistas são suficientes para empregar o método.^(7,12-14)

Para a análise dos dados, a valorização percentual dos itens que alcançavam maiores escores pareceu oportuna, diante da não existência de dados de outros estudos que permitissem uma análise comparativa de medidas de tendência central e dispersão sobre o mesmo objeto. Para tanto, realizou-se o cálculo de IVC. As respostas quantitativas foram apoiadas pela avaliação qualitativa e os comentários realizados pelos juízes.^(13,25)

Dois rodadas foram necessárias para obtenção do consenso e encerramento do Método Delphi. Estudos relatam que o número de rodadas pode variar a depender dos critérios definidos pelos autores, sendo que a técnica modificada tende a ter menos rodadas que a técnica clássica. Os autores também relatam que comumente duas ou três rodadas são necessárias para o consenso.⁽¹⁰⁾

Por fim, como limitação do estudo, o fato dos indicadores terem sido validados pela técnica de consenso não garante que a resposta ideal tenha sido encontrada. Esses indicadores não necessariamente são os melhores disponíveis, porém importante ressaltar que refletem um determinado nível de conhecimento técnico acerca da segunda e terceira etapas do MC apresentado pelos especialistas consultados, em uma produção coletiva e participativa, alicerçada na competência profissional e em

parâmetros reconhecidos.^(8,10) Também, a heterogeneidade dos especialistas consultados de diferentes regiões e formações pretendeu um olhar multifacetado sobre o MC, buscando ampliar o consenso e a confiabilidade sobre essa intervenção. Entretanto, as distintas formas de atuação dos especialistas seja na gestão, assistência e/ou ensino, ainda que abordando o MC, pode levar a percepções parciais sobre o método por não desenvolver suas atividades em todos os níveis de atuação e compreendê-los na diversidade de suas atribuições, que por vezes extrapolam a intervenção. Além disso, pode aumentar o tempo para a conclusão da técnica.

Quanto às contribuições do estudo, o Modelo Lógico validado pelo Método Delphi cumpre o papel de expressar o caminho para avaliar a implantação da segunda e terceira etapas do MC, passo importante em estudo avaliativo, possibilitando contribuir no planejamento em saúde.

CONCLUSÃO

A existência de instrumentos avaliativos confiáveis é importante para a elaboração de intervenções efetivas para a melhoria da implantação do Método Canguru nas maternidades e na atenção básica de saúde. O uso da técnica Delphi possibilitou ampliar o consenso e validar a matriz de indicadores do MC na perspectiva de especialistas envolvidos na segunda e terceira etapas da estratégia.

Não obstante, o instrumento apresentado deve ser adaptado às necessidades e realidades locais com a inclusão ou exclusão de indicadores, a depender do contexto local/regional. Ademais, à medida que inovações e aprimoramentos ocorrerem no sistema de saúde, a revisão do modelo lógico é necessária, visando à sua adequação para contemplar novos aspectos ou outros não previstos com repercussões sobre a matriz de indicadores para a avaliação do MC.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção ou desenho do estudo: Cândido JLA, Frias PG, Sarinho SW. Coleta dos dados: Cândido JLA. Análise e interpretação dos dados: Cândido JLA. Redação do artigo ou revisão crítica: Cândido JLA, Frias PG, Sarinho SW. Aprovação final da versão a ser publicada: Frias PG, Sarinho SW.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: diretrizes de cuidado. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2019.
2. Goudard MJ, Lamy ZC, Caldas LN, Marba ST, Costa R, Lima GM, et al. Characteristics of skin-to-skin contact in Brazilian neonatal units: a multicenter study. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE02442. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AO02442.
3. Alves FN, Azevedo VM, Moura MR, Ferreira DM, Araújo CG, Mendes-Rodrigues C, et al. Impact of the kangaroo method of breastfeeding of preterm newborn infants in Brazil: an integrative review. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020;25(11):4509-20. DOI: 10.1590/1413-812320202511.29942018.
4. Souza NA, Lamy ZC, Goudard MJ, Marba ST, Costa R, Caldas LN, et al. Factors associated with skin-to-skin contact less than 180 min/day in newborns weighing up to 1,800g: multicenter study. *Ciênc. Saúde Colet.* 2023;28(4):1021-9. DOI: 10.1590/1413-81232023284.14822022.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
6. Bezerra TC, Falcão ML, Goes PS, Felisberto E. Evaluation of professional training programs in health: indicator construction and validation. *Trab. Educ. Saúde.* 2016;14(2):445-72. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00111.
7. Deslandes SF, Mendes CH, Pires TO, Campos DS. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and

adolescents in Brazil. *Rev. bras. saúde mater. infant.* 2010;10(suppl 1):S29-S37. DOI: 10.1590/S1519-38292010000500003.

8. Oliveira AH, Marins FA, Delamaro MC. Concordance measurement applying the Delphi method: proposal and evaluation of a set determinants factor of the Triple Helix existence. *Prod.* 2021;31(e20200110). DOI: 10.1590/0103-6513.20200110.

9. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol.* 2021;11(4):116-29. DOI: 10.5662/wjm.v11.i4.116.

10. Niederberger M, Spranger J. Delphi technique in health sciences: a map. *Front Public Health.* 2020;8:457. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00457.

11. Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry [Internet]*. 1988;25(1):173-92. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2966122/>.

12. Khan MR, Alam MJ, Tabassum N, Khan NA. Systematic review of the Delphi-AHP method in analyzing challenges to public-sector project procurement and the supply chain: a developing country's perspective. *Sustainability.* 2022;14(21):14215. DOI: 10.3390/su142114215.

13. Sever D, Bostanci KT. The competencies of science teacher: a Delphi Study. *Eur J Educ Stud.* 2020;7(6):82-112. DOI: 10.5281/zenodo.3887330.

14. Massaroli A, Martini JG, Lino MM, Spenassato D, Massaroli R. The delphi method as a methodological framework for research in nursing. *Texto & contexto enferm.* 2017; 26(4):e1110017. DOI: 10.1590/0104-07072017001110017.

15. Silva MS, Sá LO. Content validation of an instrument to assess the impact of neurocognitive disorders in the family. *Referência.* 2020;5(2):e.19074. DOI: 10.12707/RIV19074.

16. Yusoff MS. ABC of content validation and content validity index calculation. *Educ. Med. J.* 2019;11(2):49. DOI: 10.21315/eimj2019.11.2.6

17. Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns – the Kangaroo Method. *J Pediatr (Rio J).* 2010;86(1):33-9. DOI: 10.2223/JPED.1968.

18. Gontijo TL, Xavier CC, Freitas MI. Evaluation of the implementation of Kangaroo Care by health administrators, professionals, and mothers of newborn infants. *Cad. saúde pública.* 2012;28(5):935-44. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000500012.

19. Cardoso JS, Lamy ZC, Lamy F Filho, Gomes MA, Queiroz AL, Gianini NO, et al. Análise situacional da implantação do Método Canguru em maternidades públicas brasileiras. In: Sanches MT, Costa R, Azevedo VM, Morsch DS, Lamy ZC, organizadores. *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública.* São Paulo: Instituto de Saúde; 2015. p. 165-86.

20. Ferreira DO, Silva MP, Galon T, Goulart BF, Amaral JB, Contim D. Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2019;23(4):e20190100. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0100.

21. Fontes AM. Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do método canguru em maternidade de referência para nascimentos de alto risco, Pernambuco [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2018.

22. Silva MV, Lamy ZC, Sousa AF, Hartz Z, Mendes CM, Ramos CV. Evaluation of the third stage of the kangaroo method in primary health care. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J.)*. 2022;14:e11116. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11116.
23. Reichert AP, Soares AR, Bezerra IC, Guedes AT, Pedrosa RK, Vieira DS. The third stage of kangaroo method: experience of mothers and primary healthcare professionals. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2021;25(1):e20200077. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0077.
24. Medina MG, Silva GA, Aquino R, Hartz ZM. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZM, Silva LM, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [Internet]*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2005. p. 41-63.
25. Pizzolato AC, Sarquis LM, Danski MT, Cubas MR. Validation of an instrument for the Nursing Process Record in prehospital mobile emergency care. *Rev. enferm. UFSM*. 2023;13(e11):1-15. DOI: 10.5902/2179769271997.

Conflitos de interesse: Não
Submissão: 2023/21/06
Revisão: 2023/08/09
Aceite: 2023/13/10
Publicação: 2023/12/12

Editor Chefe ou Científico: Raylane da Silva Machado
Editor Associado: Jaqueline Carvalho e Silva Sales

Autores mantêm os direitos autorais e concedem à Revista de Enfermagem da UFPI o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution BY 4.0 que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.